

Attestation  
immédiate  
chez votre  
courtier



[ La Mobilité ] Particuliers

**Garanties 2009**

# Welcome Cover

[ des solutions ] pour les **impatriés temporaires** en France

*L'assurance des impatriés  
temporaires en France  
jusqu'à 79 ans*



Imprimé sur papier recyclé



  
**april**  
MOBILITÉ



# Welcome Cover 2009

**Welcome Cover** est une solution d'assurance dédiée aux impatriés **jusqu'à 79 ans** séjournant en France pour une durée maximale d'un an, renouvelable une fois.

Ce contrat répond aux exigences des mairies françaises et consulats français à l'étranger pour l'obtention d'une **attestation d'accueil** ou d'un **visa Schengen**. Il couvre aussi bien les soucis de santé au quotidien que les cas exceptionnels comme l'hospitalisation d'urgence, le rapatriement ou la perte des bagages...

## Une couverture intégrale

### Des frais de santé très bien pris en charge

- Frais de santé couverts dès le 1<sup>er</sup> euro, jusqu'à 50 000 € sur la base du remboursement de la Sécurité sociale française,
- Prise en charge hospitalière pour toute hospitalisation supérieure à 24 heures : vous n'avez pas à faire l'avance de vos frais d'hospitalisation,
- Choix entre deux niveaux de couverture,
- **Pas de franchise.**

### Des garanties d'assistance rapatriement étendues

- En cas de maladie ou d'accident, APRIL Mobilité Assistance organise votre rapatriement médical, 24h/24, à votre domicile ou vers l'hôpital le mieux adapté. Vous êtes ainsi certain de bénéficier de soins dans les meilleures conditions médicales.

### Une Responsabilité civile vie privée et stages

- Vous êtes couvert pour les conséquences des actes commis au cours de la vie privée et ayant occasionné des dommages corporels et/ou matériels à des tiers,
- Sont également pris en charge les dommages survenus lors d'un stage en entreprise.

### Des garanties complémentaires

- Bagages : vos bagages sont assurés en cas de perte, vol ou destruction, à l'occasion du voyage-séjour,
- Individuelle accident : un capital est versé à vos proches en cas de décès ou d'invalidité suite à un accident,
- Soutien psychologique : en cas de « coup dur » à l'étranger, une équipe de psychologues est à votre écoute, 24h/24 et 7j/7.



#### > Une solution d'assurance répondant aux critères du visa Schengen

Vous souhaitez entrer dans l'Espace Schengen ? Dans de nombreux cas, vous devez justifier d'un contrat d'assurance couvrant vos frais de santé à hauteur de 30 000 € et incluant des garanties d'assistance rapatriement étendues, pour pouvoir obtenir votre visa.

#### > Un contrat adapté pour l'obtention de l'attestation d'accueil

Vous souhaitez accueillir à votre domicile une personne étrangère ? Dans de nombreux cas, celle-ci doit obtenir de votre part une attestation d'accueil, délivrée par votre mairie sous condition de souscription d'une assurance santé-assistance, pour obtenir son visa.

#### > Une vraie souplesse dans la gestion de votre contrat

En cas de difficulté d'obtention de visa, Welcome Cover vous permet de modifier la date d'effet ou de suspendre le contrat avant sa prise d'effet, **sans frais**.

La suspension vous permet de modifier la date d'effet du contrat sur une période de six mois à compter de sa date d'émission. En cas de refus exprès d'obtention de visa, vous avez également la possibilité d'annuler le contrat.



#### > Vous souhaitez rentrer temporairement dans votre pays de nationalité ou voyager dans un autre pays de l'Espace Schengen, tout en restant assuré ?

Le contrat Welcome Cover vous offre la possibilité de vous déplacer, pour une durée de moins de 90 jours entre deux séjours en France, dans un des pays de l'Espace Schengen (ainsi qu'en Andorre, en Suisse ou à Monaco) ou dans votre pays de nationalité.

## Les services associés

### Votre service Conseil Client

#### **Vous souhaitez un renseignement complémentaire sur le contrat Welcome Cover ?**

Notre service Conseil Client, composé de **conseillers spécialisés**, vous oriente vers la meilleure solution de protection sociale adaptée à votre séjour en France.



Cette **équipe multilingue** est à votre disposition du lundi au jeudi de 8h30 à 18h00 (8h30 à 17h30 le vendredi) pour répondre à toutes vos questions :

Tél : + 33 (0)1 73 02 93 93, Fax : + 33 (0)1 73 02 93 90, E-mail : [info@aprilmobilité.com](mailto:info@aprilmobilité.com)

Nous pouvons également vous accueillir à notre siège social situé :

110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE.

Métro : Père Lachaise ou Saint-Maur : lignes 2 et 3 - Parkings : Alhambra ou Les Trois Bornes.

### Votre Extranet Assuré/Souscripteur

Il est très pratique de pouvoir consulter en ligne, 24h/24, toutes les informations relatives à la vie de votre contrat. Aussi, depuis le site [www.aprilmobilité.com](http://www.aprilmobilité.com), vous avez accès à votre extranet, sécurisé par un code d'accès et un mot de passe. Celui-ci vous permet de bénéficier de nombreux services :

- consultation en temps réel de vos décomptes de remboursement, de l'état de vos cotisations (si vous êtes souscripteur), de vos garanties et conditions générales,
- consultation de vos coordonnées personnelles et bancaires,
- consultation de votre mode de règlement et des coordonnées de votre assureur-conseil.

### Votre Carte d'Assuré

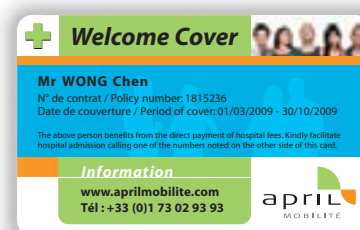
Pour toute souscription d'une durée supérieure ou égale à 3 mois, une carte d'assuré vous sera remise.

Cette carte personnalisée comporte les numéros d'urgence, joignables 24h/24 et 7j/7, pour :

- bénéficier d'une prise en charge sans avance de frais en cas d'hospitalisation de plus de 24h,
- déclencher les services d'assistance en cas d'urgence,
- accéder au service de soutien psychologique.

Elle facilite notamment votre admission dans un établissement de soins, en cas d'hospitalisation urgente.

Afin de simplifier vos démarches, cette carte reprend vos coordonnées personnelles : nom, prénom(s) et numéro de contrat.



### Nos engagements à votre service

#### **Une haute qualité de gestion**

Nos équipes sont organisées afin de permettre le traitement des souscriptions en 24h et des remboursements en 48h (*hors délais d'acheminement postaux et délais bancaires*).

Un service d'e-mails automatiques nous permet de vous communiquer en temps réel les informations concernant vos remboursements.

#### **Au service de nos clients**

Dans un souci permanent d'amélioration de la satisfaction de ses clients, APRIL Mobilité est engagée dans une démarche qualité faisant l'objet de mesures régulières. Ainsi, nos équipes respectent les engagements de service suivants : décrocher vos appels en moins de 3 sonneries, répondre aux demandes d'informations transmises par e-mail ou par courrier en moins de 24h, vous répondre avec courtoisie et efficacité lors de nos échanges.

## Garanties

### 1 Frais de santé

**Montant maximum des remboursements de frais de santé : 50 000 € par assuré et par année de souscription (jusqu'à la date anniversaire de prise d'effet du contrat). 2 options sont proposées en fonction du type de remboursement souhaité : hospitalisation et médecine de ville en cas de maladie ou d'accident (option 1) ou hospitalisation en cas d'accident caractérisé seulement (option 2).**

**Option 1 : Prise en charge de soins en cas de maladie ou d'accident** (peut être souscrite jusqu'à 64 ans)

Prise en charge hospitalière <small>voir définition</small> lors d'une hospitalisation supérieure à 24 heures	délivrée sous réserve d'accord médical, 24h/24
Forfait journalier hospitalier <small>voir définition</small>	100% des frais réels
Chambre particulière	100% des frais réels, jusqu'à 50 € par jour
Hospitalisation : séjour, honoraires	dès le 1 <sup>er</sup> euro, jusqu'à 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale française <small>voir définition</small>
Consultations, visites et actes auprès de médecins généralistes et spécialistes	
Frais d'analyses, examens de laboratoire, actes de radiologie, pharmacie, soins infirmiers	
Kinésithérapie (suite à accident caractérisé et intervention chirurgicale pris en charge par APRIL Mobilité)*	
Soins dentaires (suite à accident caractérisé)	100% des frais réels, jusqu'à 230 € par an
Frais de prothèses dentaires (suite à accident caractérisé)	100% des frais réels, jusqu'à 460 € par an
Frais d'optique : verres et monture, ou lentilles (suite à accident caractérisé)	100% des frais réels <small>voir définition</small> , jusqu'à 230 € par an

**Option 2 : Prise en charge de l'hospitalisation en cas d'accident caractérisé seulement** (peut être souscrite jusqu'à 79 ans)

Hospitalisation : séjour, honoraires (suite à accident caractérisé)	dès le 1 <sup>er</sup> euro, jusqu'à 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale française
Forfait journalier hospitalier	100% des frais réels
Chambre particulière	100% des frais réels, jusqu'à 50 € par jour
Soins dentaires (suite à accident caractérisé)	100% des frais réels, jusqu'à 230 € par an
Frais de prothèses dentaires (suite à accident caractérisé)	100% des frais réels, jusqu'à 460 € par an
Frais d'optique : verres et monture, ou lentilles (suite à accident caractérisé)	100% des frais réels, jusqu'à 230 € par an

\* Sous réserve d'entente préalable.

**Pour les options 1 et 2, en cas d'hospitalisation dans un pays de l'Espace Schengen (autre que la France), en Andorre, en Suisse, à Monaco ou dans le pays de nationalité, le plafond journalier est de 550 €.**

Les autres garanties, y compris l'assistance rapatriement, sont communes aux deux options.

#### Je bénéficie de quels remboursements ?

##### Cas n°1 : hospitalisation en France métropolitaine pour une appendicectomie (en option 1)

Coût de l'opération = 2 500 € (base de remboursement de la Sécurité sociale française)

→ Remboursement APRIL Mobilité à 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale française = 2 500 €.

→ Reste à votre charge : 0 €

##### Cas n°2 : consultation chez un médecin généraliste conventionné en France métropolitaine (en option 1)

Coût de la visite = 22 € (au 01/11/2008)

→ Remboursement APRIL Mobilité à 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale française = 22 €.

→ Reste à votre charge : 0 €

#### Comprendre

**Accident caractérisé :** accident constaté par une autorité compétente (forces de police, pompiers, autorité médicale...) ayant délivré une attestation.

**Base de remboursement de la Sécurité sociale française :** base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale pour les actes ou prescriptions délivrés en France par les professionnels de santé. Dans le cas des médicaments pour lesquels il existe un générique, la base de remboursement retenue sera le tarif forfaitaire de responsabilité qui correspond au prix d'un médicament générique.

**D.R.O.M. :** Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion.

**Forfait journalier :** part du prix de journée non prise en charge par la Sécurité sociale.

**Frais réels :** ensemble des dépenses de santé facturées à l'assuré.

**Prise en charge hospitalière :** si la personne assurée est hospitalisée plus de 24h, elle peut bénéficier de la prise en charge de ses frais d'hospitalisation, sans avance de frais, sous réserve d'acceptation médicale.

**P.T.O.M. :** Mayotte, Nouvelle-Calédonie, Polynésie française, Saint-Pierre-et-Miquelon, les Terres Australes et Antarctiques Françaises, Wallis et Futuna.

### 2 Soutien psychologique (garantie commune aux 2 options frais de santé)

**Cette garantie permet à l'assuré d'exprimer les tensions accumulées après une situation difficile.**

Entretiens avec un psychologue clinicien jusqu'à 5 entretiens par téléphone ou échanges d'e-mails avec une équipe de psychologues accessibles 24h/24.

**Ces entretiens téléphoniques ou échanges d'e-mails ne s'apparentent pas à une psychothérapie.**

## Garanties

### 3 Assistance rapatriement (garantie commune aux 2 options frais de santé)

En cas de maladie ou d'accident grave et après accord préalable et obligatoire d'APRIL Mobilité Assistance, organisation et prise en charge des prestations suivantes :

Transport médical, rapatriement sanitaire	oui
Rapatriement du corps en cas de décès	oui
Frais de cercueil	jusqu'à 1 500 €
Accompagnement du défunt transporté ou rapatrié	oui
Mise à disposition d'un billet pour un proche en cas d'hospitalisation supérieure à 10 jours	billet A/R en avion classe économique ou train 1 <sup>ère</sup> classe
Transmission de messages urgents	oui
Frais de recherche et de secours	jusqu'à 3 800 € par assuré et par événement

### 4 Individuelle accident (garantie commune aux 2 options frais de santé)

Capital versé en cas de décès par accident	8 000 €, <b>limité aux frais d'obsèques pour les moins de 16 ans</b>
Capital versé en cas d'invalidité permanente totale par accident, réductible en cas d'invalidité permanente partielle	30 000 €, <b>franchise relative de 20%</b>

### 5 Responsabilité civile vie privée et stages (garantie commune aux 2 options frais de santé)

Sont couvertes les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile en raison des dommages corporels et matériels causés à un tiers dans le cadre de la vie privée par un accident, un incendie, une explosion.

Par sinistre :

Dommages corporels	jusqu'à 765 000 €
Dommages matériels et immatériels	jusqu'à 150 000 €, <b>franchise : 76 €</b>
Protection juridique - Recours	jusqu'à 1500 €, <b>seuil d'intervention : 200 €</b>
Dommages occasionnés au matériel du maître de stage	jusqu'à 12 000 €, <b>franchise : 76 €</b>

### 6 Bagages (garantie commune aux 2 options frais de santé)

À l'occasion du voyage-séjour en cas de perte, vol, destruction suite à explosion, incendie, dégâts des eaux.	jusqu'à 1200 €, <b>franchise de 30 € par sinistre. garantie limitée à 50% pour les objets précieux</b>
---	--

## Cotisations

**Cotisations TTC en euro par personne assurée pour toute date d'effet allant jusqu'au 31/12/2009**  
 (dont 3 € de frais de gestion par mois commencé).

**Minimum : 15 jours. Maximum : 12 mois (3 mois pour les personnes entre 65 et 79 ans en option 2).**

	OPTION 1 Maladie et Accident				OPTION 2 Hospitalisation en cas d'accident seulement	
	0-30 ans	31-40 ans	41-50 ans	51-64 ans	0-64 ans	65-79 ans (3 mois maximum)
<b>15 jours</b>	53 €	65 €	85 €	105 €	40 €	57 €
<b>Mois</b>	83 €	101 €	131 €	161 €	60 €	87 €

Les options 1 et 2 peuvent faire l'objet d'un seul renouvellement sur demande de l'Assuré.

**Exemple**

Séjour de 5 mois et demi, d'une personne de moins de 31 ans, en option 1 :  $(5 \times 83 \text{ €}) + 53 \text{ €} = 468 \text{ €}$

## Informations générales

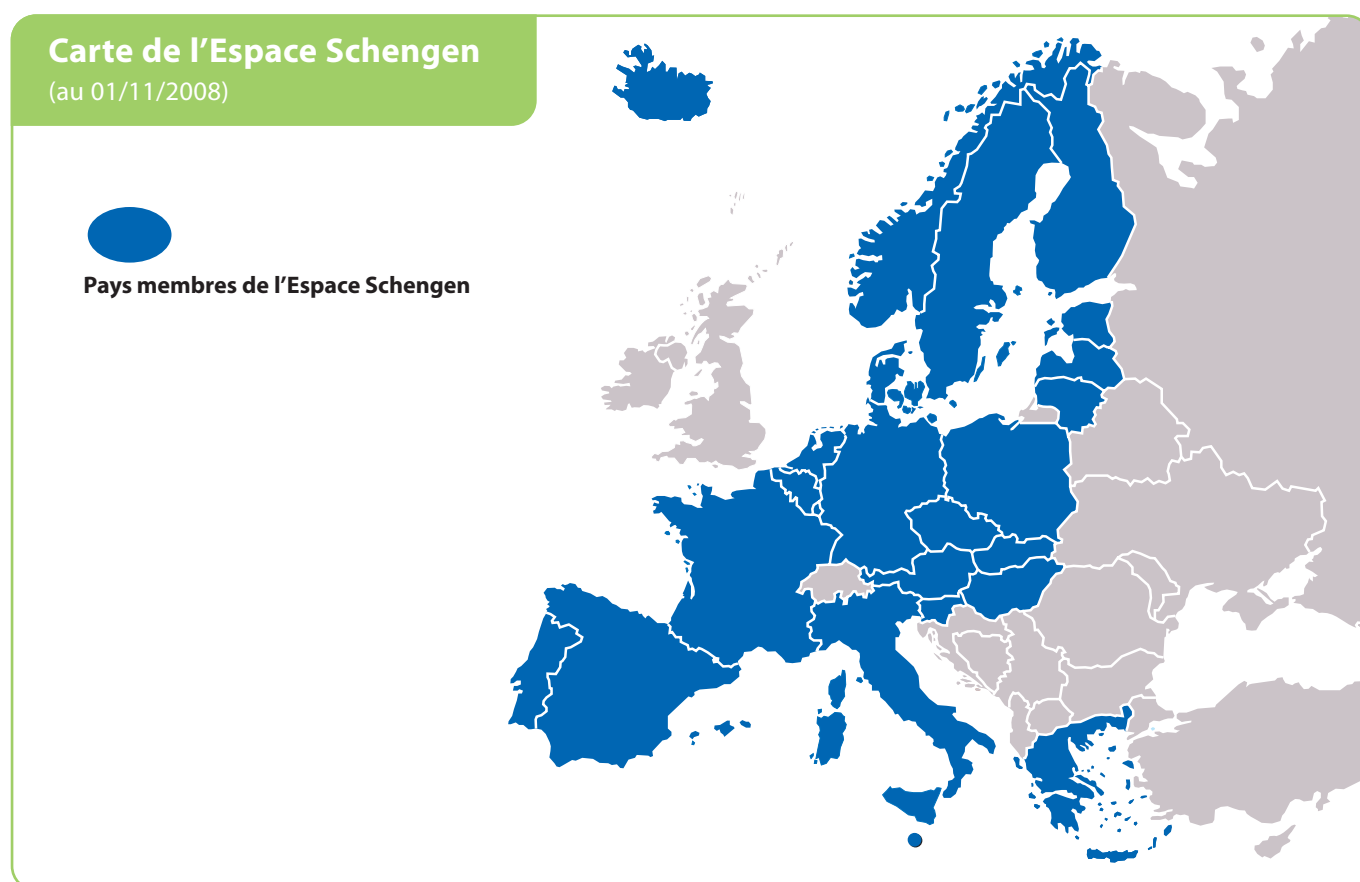
### Assuré

Toute personne de nationalité autre que française ou originaire des P.T.O.M., âgée de moins de 65 ans (sauf en option 2, jusqu'à 79 ans inclus) se rendant principalement en France métropolitaine ou dans les D.R.O.M. à l'occasion de voyage, d'études, de stage, de la vie professionnelle ou privée.

### Territorialité

Les garanties sont acquises en France et dans les D.R.O.M. La territorialité est étendue aux pays de l'Espace Schengen, l'Andorre, la Suisse et Monaco pour une période inférieure à 90 jours se situant entre deux séjours en France et lors de séjours inférieurs à 90 jours dans le pays de nationalité (sauf pays exclus : nous consulter).

Pays membres de l'Espace Schengen au 01/11/2008 : Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Islande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Slovaquie, Slovénie et Suède.



### Fonctionnement du contrat

- Le contrat est souscrit **pour un minimum de 15 jours et un maximum de 12 mois, renouvelable une fois seulement**, après accord des organismes assureurs (si choix de l'option 2 dans la tranche d'âge 65-79 ans inclus, la durée maximale du contrat est alors de 3 mois avec la possibilité de renouveler le contrat une fois seulement).  
**Durée maximum des garanties : 2 ans (pour l'option 1 et l'option 2 de 0 à 64 ans).**
- Les garanties prennent effet au plus tôt le lendemain de la réception par APRIL Mobilité de la Demande de souscription et du versement intégral de la cotisation, après acceptation médicale. Elles se terminent le jour du retour vers le pays de nationalité et au plus tard le jour de fin de souscription porté sur le Certificat de souscription.
- **Délai d'attente : aucun en cas d'accident. Autres cas : 15 jours en cas d'hospitalisation et 8 jours pour les autres soins.** Les délais d'attente s'appliquent à compter de la date d'effet inscrite sur le Certificat de souscription. Pendant les délais d'attente, les garanties ne sont pas encore en vigueur.
- **Certaines activités sportives ou professionnelles sont soumises à l'acceptation préalable des organismes assureurs. Dans ce cas, merci de nous consulter.**

## Informations générales

Le contrat Welcome Cover détaillé dans les Conditions générales valant note d'information référencées Wc 2009, regroupe les contrats d'assurance et d'assistance ci-dessous mentionnés, souscrits auprès des organismes assureurs suivants :

- Gan Eurocourtage Vie (Contrat n°220/936 264) - 8-10 rue d'Astorg - 75383 Paris Cedex 08 - FRANCE,
- Gan Eurocourtage IARD (Contrat n°GCRV000005) - 8-10, rue d'Astorg - 75383 Paris Cedex 08 - FRANCE,
- ACE EUROPE (Contrat n°FR32022521) - Le Colisée, 8 avenue de l'Arche, 92419 Courbevoie Cedex - FRANCE.

### Remboursements des frais de santé

Sont prises en charge les dépenses de santé prescrites par une autorité médicale qualifiée et qui seraient acceptées par la Sécurité sociale française. **Les demandes de remboursement doivent parvenir à APRIL Mobilité au plus tard 3 mois après la date des soins.**

L'assuré peut être remboursé :

- par chèque en euro sans frais à sa charge et expédié à l'adresse de son choix,
- par virement sur un compte bancaire en France (joindre un R.I.B. à la demande d'adhésion) sans frais à sa charge,
- par virement sur un compte étranger, quel que soit le pays concerné et la devise (joindre un R.I.B. international obligatoire avec N°IBAN, code SWIFT, domiciliation de la banque et numéro routing ou SORT code et ABA pour les États-Unis) en précisant la devise de son choix et moyennant des frais bancaires à sa charge pour tout remboursement supérieur à la contre-valeur de 75 €.

Un tiers peut bénéficier des remboursements moyennant un courrier adressé à APRIL Mobilité et indiquant les nom, prénom et coordonnées bancaires de la personne bénéficiaire.

### Numéros d'urgence

**Prise en charge hospitalière :** APRIL Mobilité - Téléphone : +33 (0)1 73 02 93 99 - Fax : +33 (0)1 73 02 93 70

E-mail : hospitalisation@aprilmobilite.com

**Assistance rapatriement :** APRIL Mobilité Assistance - Téléphone : +33 (0)1 55 92 23 09 - Fax : +33 (0)1 55 92 40 50.

**Soutien psychologique :** Téléphone : +33 (0)1 53 04 62 75. E-mail : consultant.am@psya.fr

### Modification de date d'effet / Suspension / Annulation du contrat

**En cas de difficulté d'obtention de visa, vous avez la possibilité de modifier la date d'effet, suspendre ou annuler le contrat avant sa prise d'effet.**

- **Modification de date d'effet :** adressez-nous obligatoirement avant la date d'effet une demande par écrit accompagnée du **Certificat de souscription qui vous a été délivré, en précisant les nouvelles dates de couverture.**
- **Suspension :** faites-nous une demande par écrit avant la date d'effet en joignant le **Certificat de souscription émis. La suspension vous permet de conserver les droits du contrat pendant 6 mois maximum, à compter de la date d'émission de celui-ci.**
- **Annulation avant la prise d'effet :** faites-nous une demande par écrit (par lettre recommandée) avant la date d'effet en joignant le **Certificat de souscription émis. La somme de 35 € sera retenue dans ce cas.**
- **Annulation après la prise d'effet suite à refus de visa :** faites-nous une demande par écrit (par lettre recommandée) en y joignant le **Certificat de souscription émis ainsi que votre justificatif de refus de visa. La somme de 35 € sera retenue dans ce cas.**

**En cas de retour anticipé, aucun remboursement de cotisation n'est effectué.**

## Comment souscrire ?

- 1 Compléter la Demande de souscription ci-jointe, en remplissant les champs en MAJUSCULES (une seule lettre par case) à l'aide d'un stylo bille à encre noire.
- 2 L'assuré doit signer la Demande de souscription en page 3 (pour les mineurs, signature obligatoire des parents ou du tuteur légal). Si le souscripteur (payeur du contrat) est différent de l'assuré, il doit signer la Demande de souscription en page 3.
- 3 L'assuré doit compléter et signer le profil de santé simplifié en page 4 (pour les mineurs, signature obligatoire des parents ou du tuteur légal). Le profil de santé simplifié doit être signé dans les 6 mois précédant la date d'effet souhaitée. Si l'assuré souhaite confidentialiser ses réponses, faire une photocopie du profil de santé simplifié, le compléter et l'adresser sous pli cacheté avec la mention "secret médical" à l'attention du Médecin Conseil.
- 4 Joindre à la Demande de souscription le règlement correspondant à la cotisation totale par chèque en euro à l'ordre d'**APRIL Mobilité** ou indiquer vos coordonnées de carte de paiement sur la Demande de souscription.

### Les coordonnées d'APRIL Mobilité :

- APRIL Mobilité - Service Conseil Client - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE
- Téléphone : +33 (0)1 73 02 93 93 - Fax : +33 (0)1 73 02 93 90 - E-mail : info@aprilmobilite.com
- Horaires d'accueil téléphonique : de 8h30 à 18h00 du lundi au jeudi (8h30 à 17h30 le vendredi)
- Accès métro : M° Père Lachaise ou Saint-Maur - Lignes 2 et 3. Parkings : Alhambra ou Les Trois Bornes

## APRIL Mobilité à vos côtés

Spécialiste de l'assurance des personnes vivant hors de leur pays de nationalité, APRIL Mobilité conçoit des solutions d'assurances santé et prévoyance simples et innovantes pour les particuliers, les entreprises et indépendants. Elle s'adresse aussi bien aux voyageurs, expatriés, impatriés, salariés en mission qu'aux étudiants. Depuis plus de 30 ans, APRIL Mobilité (ex AIPS) s'engage à apporter une satisfaction optimale à ses assurés par des contrats clairs, lisibles, assortis de nombreux services et d'une haute qualité de gestion.



**Assurance individuelle et collective des expatriés, impatriés et voyageurs**

[www.aprilmobilite.com](http://www.aprilmobilite.com)

## APRIL, des solutions adaptées

APRIL propose des gammes de solutions complètes et diversifiées pour répondre aux besoins des particuliers, des professionnels et des entreprises, dans tous les domaines de l'assurance.

**Pour en savoir plus sur nos solutions**

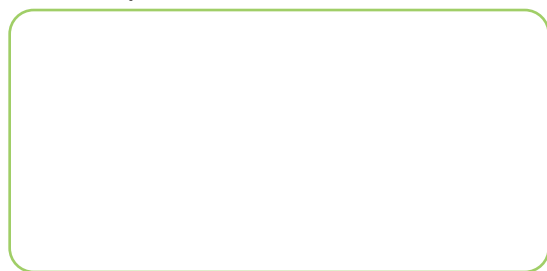
[www.aprilgroup.com](http://www.aprilgroup.com)

## APRIL GROUP, changer l'image de l'assurance

À sa création en 1988, APRIL GROUP a pris l'engagement de changer l'image de l'assurance en plaçant le client au cœur de son organisation.

Aujourd'hui, ce sont plus de **2,5 millions d'assurés** qui confient chaque jour la protection de leur famille et de leurs biens aux **3 200 collaborateurs et 72 sociétés du groupe**.

**Pour en savoir plus**, contactez votre assureur-conseil :



**APRIL MOBILITÉ** UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP

### **Siège social,**

110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE

Tél : +33 (0)1 73 02 93 93 - Fax : +33 (0)1 73 02 93 90

E-mail : [info@aprilmobilite.com](mailto:info@aprilmobilite.com) - Internet : [www.aprilmobilite.com](http://www.aprilmobilite.com)

S.A. au capital de 200 000 € - RCS Paris 309 707 727 - Intermédiaire en assurances - Immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 008 000 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr))  
Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 09



**Attestation  
immédiate  
chez votre  
courtier**



[ La Mobilité ] Particuliers

**Demande de souscription 2009**

# **Welcome Cover**

[ des solutions ] pour les **impatriés temporaires** en France



***L'assurance des  
impatriés temporaires  
en France  
jusqu'à 79 ans***

Imprimé sur papier recyclé



**april**  
MOBILITÉ

# Demande de souscription

À adresser à : **APRIL Mobilité - Service Conseil Client - 110, avenue de la République  
CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE**

## Conseils pour remplir votre Demande de souscription

■ Pour faciliter le traitement de votre Demande de souscription, merci :

- d'utiliser un stylo bille à encre noire

- d'écrire en MAJUSCULES en respectant les cases :

S M I T H

- de cocher les cases appropriées avec une croix :

en cas d'erreur, noircissez la case concernée et cochez la bonne :

■ En cas d'utilisation du fax, pensez à faxer le recto et le verso de chaque page de la Demande de souscription (y compris le profil de santé simplifié). Attention, les originaux de la Demande de souscription et du profil de santé simplifié doivent impérativement parvenir par courrier à APRIL Mobilité dans les jours qui suivent, pour valider définitivement la souscription.

ASSURÉ(E)	Identité de la personne étrangère à assurer
Civilité :	Madame <input type="checkbox"/> Mademoiselle <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/>
Nom de l'assuré(e) :	<input type="text"/>
Prénoms de l'assuré(e) :	<input type="text"/>
Date de naissance :	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (l'âge maximal est de 79 ans pour l'option 2 ; 64 ans pour l'option 1)
Pays de nationalité :	<input type="text"/>
Pays de destination :	<b>F R A N C E</b> <input type="text"/>
Si D.R.O.M., le préciser :	<input type="text"/>
E-mail :	<input type="text"/>
<i>Cet e-mail est nécessaire pour bénéficier d'informations relatives à vos remboursements.</i>	
Statut de l'assuré(e) :	<input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Travailleur non salarié <input type="checkbox"/> Autre

ASSURÉ(E)	Adresse de correspondance souhaitée
<i>Si vous souhaitez recevoir votre correspondance chez quelqu'un, précisez le nom de la personne habitant officiellement à l'adresse que vous nous indiquerez (nom figurant sur la boîte aux lettres)</i>	
Nom de la personne :	<input type="text"/>
Numéro de la voie :	<input type="text"/> Nature de la voie (av, rue, bvd, etc.) : <input type="text"/>
Nom de la voie :	<input type="text"/>
Nom de la voie (suite) :	<input type="text"/>
Code postal :	<input type="text"/>
Commune :	<input type="text"/>
Pays :	<input type="text"/>
État/Région/Canton/Land/Comté :	<input type="text"/>
Téléphone :	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> * en dehors de France

**SOUSCRIPTEUR = PAYEUR  
DE LA COTISATION :**

- L'assuré est le payeur de la cotisation (dans ce cas, il est inutile de renseigner l'adresse ci-dessous)
- Le payeur de la cotisation est différent de l'assuré

**Particulier** 
**Entreprise** 

Civilité :

 Madame 

 Mademoiselle 

 Monsieur 

Date de naissance :

 /  / 

Nom :

Prénoms :

Numéro de la voie :

Nature de la voie (av, rue, bvd, etc.) :

Nom de la voie :

Nom de la voie (suite) :

Code postal :

Commune :

État / Région / Canton / Land / Comté :

Pays :

Téléphone :

 /  /  /  /  /  \* en dehors de France

E-mail :

Cet e-mail est nécessaire pour bénéficier d'informations relatives à la vie du contrat.

**Nous vous invitons à vous rendre sur votre extranet accessible à partir du site [www.aprilmobilite.com](http://www.aprilmobilite.com) (Espace Particulier) pour modifier ou compléter vos coordonnées, durant la vie de votre contrat.**

**Désignation du bénéficiaire en cas de décès**
 Mon conjoint, à défaut mes enfants par parts égales, à défaut mes héritiers par parts égales

 Autre désignation de bénéficiaire :

Nom :

Prénoms :

Date de naissance :

 /  / 

Lieu de naissance :

**Mode de remboursement souhaité pour les frais de santé**
 par chèque en euros sans frais à votre charge

 par virement sur un compte en France sans frais à votre charge (joindre un RIB à la Demande de souscription)

 par virement sur un compte étranger, quel que soit le pays concerné et la devise, moyennant des frais bancaires pour tout remboursement supérieur à la contre-valeur de 75 € (joindre un RIB international avec n°IBAN, code SWIFT, domiciliation de la banque et numéro routing ou SORT code et ABA pour les États-Unis).

**Durée et niveau de garantie**

Je soussigné(e), demande à être assuré au

titre du contrat Welcome Cover à compter du :

 /  / 

et jusqu'au :

 /  / 

 soit :  , 

mois (minimum 15 jours, maximum 12 mois, sauf si option 2 dans la tranche des 65-79 ans, la durée maximale du contrat est alors de 3 mois)

 S'agit-il d'un renouvellement ?  NON

 OUI

Numéro Client :

 C 

Je choisis ma couverture :

 soit  **option 1** → (maladie et accident) → pour une cotisation globale TTC de :  €

 soit  **option 2** → (hospitalisation en cas d'accident uniquement) → pour une cotisation globale TTC de :  €

 Je choisis la langue dans laquelle je souhaite recevoir ma correspondance :  français  anglais  espagnol

## Règlement

Le règlement doit porter sur la totalité de la période souscrite, aucun fractionnement n'est accepté. En cas d'annulation, des frais de 35 € seront retenus si un Certificat de souscription a été émis. Aucune Demande de souscription ne pourra être prise en considération si elle n'est pas accompagnée du règlement total de la cotisation.

→ En cas de règlement par **chèque**, merci de libeller celui-ci à **l'ordre d'APRIL Mobilité**.

→ En cas de règlement par **carte de paiement**, merci de compléter les cases ci-dessous :

Seules les cartes Eurocard-Mastercard et Visa sont acceptées :  Eurocard-Mastercard  Visa

Numéro de carte :     /     /

Date d'expiration :   /

Les 3 derniers chiffres du numéro imprimé au dos (Cryptogramme Visuel) :

Titulaire de la carte :

*Je demande ma souscription au contrat Welcome Cover assuré par Gan Eurocourtage Vie, Gan Eurocourtage IARD et ACE EUROPE, pour moi-même et mes ayants droit inscrits sur la Demande de souscription.*

*Je déclare avoir pris connaissance des Conditions générales, valant note d'information, référencées Wc 2009, notamment de mon droit à renonciation, en accepter les dispositions et en avoir conservé un exemplaire, ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Mobilité. Dans le cadre d'une modification de mon contrat par voie d'avenant, je prends acte que les Conditions générales applicables seront celles référencées ci-dessus.*

*Je reconnais être informé que les informations recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de mon dossier de souscription et que les informations administratives font l'objet de traitements informatiques par APRIL Mobilité et les organismes assureurs ou leur mandataire pour les besoins de l'exécution de ma souscription au contrat.*

*Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, je dispose d'un droit d'accès et, le cas échéant, de rectification de toutes informations me concernant figurant sur ces fichiers en m'adressant par écrit à APRIL Mobilité, 110 avenue de la République, CS 51108, 75127 Paris Cedex 11, FRANCE. APRIL Mobilité pourra utiliser certaines informations administratives et les communiquer à ses partenaires, dont la liste me sera transmise sur simple demande, afin de leur permettre de me proposer de nouveaux produits ou offres de services. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, je peux m'opposer à cette communication par simple courrier adressé à APRIL Mobilité (à l'adresse susmentionnée), les frais d'envoi me seront remboursés.*

*Je déclare en outre avoir pris connaissance que mes communications téléphoniques avec les services d'APRIL Mobilité peuvent faire l'objet d'un enregistrement, pour les besoins de gestion interne et que je peux avoir accès aux enregistrements me concernant en m'adressant par écrit à APRIL Mobilité (à l'adresse susmentionnée), étant entendu que chaque enregistrement est conservé pendant un délai maximum de deux mois.*

*Ma Caisse d'Assurance Maladie étant destinataire d'un certain nombre d'informations, je peux m'opposer par écrit à tout moment à l'envoi par cette dernière de l'image reflet de mes décomptes de Régime Obligatoire à APRIL Mobilité.*

*Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité à l'ensemble des questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur les organismes assureurs du contrat Welcome Cover.*

*Je m'engage à reverser à APRIL Mobilité toute somme qui me serait remboursée par la Sécurité sociale et/ou toute mutuelle ou organisme de prévoyance.*

À ..... le .....

Signature(s) du souscripteur et de l'assuré(e) précédée(s) de la mention « lu et approuvé » :

Pour les enfants de moins de 18 ans, la Demande de souscription doit être signée par les parents ou le tuteur légal.

# Profil de santé simplifié

## Délai maximal pour compléter le profil de santé simplifié : 6 mois

Exemple : si vous partez le 01/07/2009, vous pouvez signer ce profil de santé simplifié entre le 01/01/2009 et le 31/06/2009

Vous devez répondre vous-même, avec la plus grande exactitude car vos déclarations vous engagent. Ce profil de santé simplifié est indispensable pour permettre l'appréciation du risque que l'organisme assureur entend prendre en charge. Le défaut de réponse entrainera des demandes complémentaires.

Les informations médicales que vous communiquerez sont couvertes par le secret professionnel. En nous apportant le maximum d'informations, vous nous aidez à vous répondre dans les plus brefs délais.

Certaines informations médicales communiquées pourront faire l'objet d'un traitement informatique à l'usage du Médecin Conseil d'APRIL Mobilité. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de toutes informations vous concernant dans ce fichier en vous adressant par écrit au Médecin Conseil d'APRIL Mobilité - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE.

<b>1</b> - Avez-vous un trouble, une affection ou une maladie nécessitant un suivi médical régulier et/ou un traitement médical ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>2</b> - Est-il prévu que vous subissiez, dans les 12 mois suivant la prise d'effet des garanties de votre contrat, une hospitalisation de plus de 48 heures, quel que soit le motif ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>3</b> - Souhaitez-vous confidentialiser les réponses apportées à ce profil de santé?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

### LES MÉDECINS CONSEIL DES ORGANISMES ASSUREURS SE RÉSERVENT LE DROIT DE DEMANDER DES EXAMENS MÉDICAUX COMPLÉMENTAIRES.

**Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle changeant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion pour les organismes assureurs entraîne la nullité de l'assurance, les cotisations demeurent alors acquises à l'organisme assureur (art. L113-8 du Code des assurances).**

**Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité à l'ensemble des questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur les organismes assureurs du contrat Welcome Cover.**

À ..... le .....

Signature de l'assuré(e) précédée de la mention « lu et approuvé » :

Pour les mineurs, signature obligatoire des parents ou du tuteur légal.

**Cachet Assureur-conseil + Code APRIL Mobilité :**

## APRIL Mobilité à vos côtés

Spécialiste de l'assurance des personnes vivant hors de leur pays de nationalité, APRIL Mobilité conçoit des solutions d'assurances santé et prévoyance simples et innovantes pour les particuliers, les entreprises et indépendants. Elle s'adresse aussi bien aux voyageurs, expatriés, impatriés, salariés en mission qu'aux étudiants. Depuis plus de 30 ans, APRIL Mobilité (ex AIPS) s'engage à apporter une satisfaction optimale à ses assurés par des contrats clairs, lisibles, assortis de nombreux services et d'une haute qualité de gestion.



**Assurance individuelle et collective des expatriés, impatriés et voyageurs**

[www.aprilmobilite.com](http://www.aprilmobilite.com)

## APRIL, des solutions adaptées

APRIL propose des gammes de solutions complètes et diversifiées pour répondre aux besoins des particuliers, des professionnels et des entreprises, dans tous les domaines de l'assurance.

Pour en savoir plus sur nos solutions

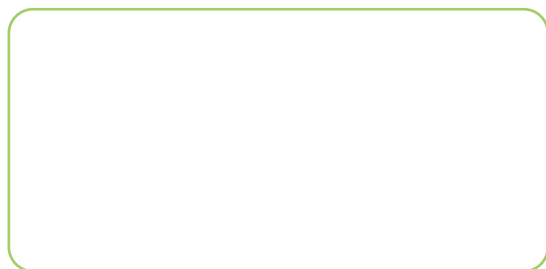
[www.aprilgroup.com](http://www.aprilgroup.com)

## APRIL GROUP, changer l'image de l'assurance

À sa création en 1988, APRIL GROUP a pris l'engagement de changer l'image de l'assurance en plaçant le client au cœur de son organisation.

Aujourd'hui, ce sont plus de **2,5 millions d'assurés** qui confient chaque jour la protection de leur famille et de leurs biens aux **3 200 collaborateurs et 72 sociétés du groupe**.

Pour en savoir plus, contactez votre assureur-conseil :



**APRIL MOBILITÉ UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP**

### Siège social,

110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE

Tél : +33 (0)1 73 02 93 93 - Fax : +33 (0)1 73 02 93 90

E-mail : [info@aprilmobilite.com](mailto:info@aprilmobilite.com) - Internet : [www.aprilmobilite.com](http://www.aprilmobilite.com)

S.A. au capital de 200 000 € - RCS Paris 309 707 727 - Intermédiaire en assurances - Immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 008 000 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr))  
Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 09

